

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 155

De l'ouverture spontanée
des
Strumites au niveau du Pharynx

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 30 Mai 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul DEMENTHON

Ancien Interne des Hôpitaux de Toulon (Concours 1928)

Médaille Militaire - Croix de Guerre

Né le 9 Juillet 1898 à St-GENIS-LAVAL (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

**DE L'OUVERTURE SPONTANÉE DES STRUMITES
AU NIVEAU DU PHARYNX**

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM	PIC
Cliniques chirurgicales		PAVIOT
		TIXIER
		BERARD
		VORON
Clinique obstétricale et Accouchements		ROLLET
Clinique ophtalmologique		NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		LEPINE (J.)
Clinique neurologique et psychiatrique		MOURIQUAND
Clinique des maladies des enfants		VILLARD
Clinique des maladies des femmes		COLLET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		GAYET
Clinique des maladies des voies urinaires		NOVE-JOSSERAND
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		FLORENCE
Chimie biologique et médicale		MOREL
Chimie organique et Toxicologie		X.
Matière médicale et Botanique		GUIART.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		LATARJET
Anatomie		POLICARD
Histologie		DOYON
Physiologie		VAILLAS
Pathologie externe		FROMENT
Pathologie interne		CADE
Pathologie et Thérapeutique générales		FAVRE
Anatomie pathologique		PATEL
Chirurgie opératoire		ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		Etienné MARTIN
Médecine légale		COURMONT (P.)
Hygiène		SAVY
Thérapeutique		LEULIER
Pharmacie et Pharmacologie		PIERY
Hydrologie thérapeutique et climatologie		

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM.	THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance		RHENTER
Chirurgie expérimentale		TAVERNIER
Applications du radium		NOGIER
Stomatologie		TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMRON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM BÉRARD, président ; CHALIER A., assesseur ;
POLLOSSON et CIBERT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

GABRIEL DEMENTHON

*Sergent au 99^e régiment d'infanterie, mort pour la France
à Petite-Fosse (Vosges), le 13 septembre 1914.*

« Chef de section admirable. Le 13 septembre 1914, à la bataille du Bande-Sapt, bien que déjà blessé, a refusé de se laisser évacuer et a conservé le commandement de sa section jusqu'à ce qu'une balle l'atteignît mortellement. » Le Colonel Commandant la 55^e brigade. Signé : Colonel GARDEL.

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR

ANNE-MARIE DEMENTHON

*Infirmière bénévole, morte pour la France d'une grippe
infectieuse contractée aux Hôpitaux de Lyon,
le 28 Août 1918*

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MA FIANCÉE

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BERARD

Professeur de Clinique Chirurgicale
Commandeur de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.
Nous le prions d'accepter nos très res-
pectueux hommages.

A NOTRE JURY DE THÈSE

A M. LE PROFESSEUR ADRIEN PIC

Professeur de Clinique Médicale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous le remercions de toute sa bienveillance à notre égard. Qu'il trouve ici l'expression de notre bien vive reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR ROBERT DESJACQUES

Chef de Clinique Chirurgicale

Il nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a guidé de ses conseils. Nous lui adressons l'hommage de notre reconnaissance.

A M. LE DOCTEUR LOUIS BOURRAT

Ancien Chef de Clinique Médicale

En témoignage de notre vive affection.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE LYON

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE TOULON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE L'OUVERTURE SPONTANÉE DES STRUMITES AU NIVEAU DU PHARYNX

Introduction

L'ouverture spontanée des collections purulentes du corps thyroïde, qu'il s'agisse de thyroïdite, de strumite ou d'hématocèle en voie de suppuration, est une complication survenant chez des malades venus tardivement au traitement médical. Elle est d'ailleurs plus fréquente dans les strumites que dans les thyroïdites, celles-ci susceptibles de se résorber spontanément.

Ces complications étaient relativement fréquentes dans les débuts de la chirurgie thyroïdienne, aussi ont-elles été bien étudiées par les anciens auteurs tels qu'Eulenburg et Schöninger, aux environs de 1850. Elles sont beaucoup plus rares actuellement, le traitement chirurgical étant plus précoce et ses indications mieux précisées.

L'ouverture à la peau est l'évolution de beaucoup la plus fréquente. Même lorsqu'elle s'est produite, elle donne lieu à un traitement chirurgical secondaire. Les travaux modernes abondent sur ce sujet ; qu'il nous suffise de signaler les articles de MM. Bérard et

Delore, Viannay (de Saint-Etienne), comme ayant mis en lumière les indications de l'intervention curatrice secondaire.

Par contre, l'ouverture de ces collections dans l'œsophage et les voies aériennes est une complication beaucoup plus grave et qui entraîne un pronostic immédiat plus réservé. Lebert, dans son excellente monographie restée classique et déjà ancienne (1862), en a cité et étudié de nombreux cas. Jeanselme a présenté, en 1895, dix cas de perforation dans la trachée et Ribéri, en 1850, avait apporté les observations remarquables de trois malades guéris à la suite de cette évacuation. Broca, dans le Dictionnaire des Sciences médicales, et tous les auteurs classiques ont donné des descriptions cliniques complètes de cette perforation des voies aériennes hautes. Notre maître, M. le Professeur Bérard, dans son livre sur les goîtres, a fait une étude spéciale de cette complication.

Mais, à l'instigation de MM. Bérard, Desjacques et F. Bérard, à l'occasion d'un de leurs cas personnels, nous avons recherché dans la littérature les cas de perforation de ces collections, non plus dans la trachée, mais encore plus haut, dans le pharynx. Cette complication doit être rare : nous ne pouvons rapporter que trois observations récentes et probantes. Mais, en parcourant l'ensemble des travaux sur les strumites, nous nous sommes souvent demandé si plusieurs de ces perforations n'avaient pas passé inaperçues, ou, plus exactement, n'avaient pas été dénommées à tort « perforations laryngées ou œsophagiennes ». L'insuffisance des précisions ne nous a pas

permis de rectifier le diagnostic; nous n'avons tenu naturellement aucun compte de ces observations; mais il nous suffira de dire que nous avons l'impression que la perforation pharyngienne basse, sans être fréquente, est moins rarissime qu'on le dit. La connaissant un peu, il sera peut-être possible d'en faire, à l'avenir, le diagnostic plus fréquemment.

Dans ce travail nous exposerons d'abord les données anatomiques et anatomo-pathologiques qui permettent de fixer le siège exact de ces perforations. Puis nous décrirons l'évolution clinique de ces complications, en insistant sur l'examen laryngologique. Autrement dit, nous verrons s'il est possible d'en faire le diagnostic. Il s'agit là, d'ailleurs, toujours d'une complication tardive dans l'évolution d'une poche suppurée thyroïdienne abandonnée à elle-même. Une intervention précoce évitera souvent l'apparition d'une telle complication.

M. le Professeur Bérard nous fait le grand honneur de présider notre jury de thèse. Les conceptions que nous exposons sont en grande partie les siennes. Nous le prions donc doublement d'accepter nos remerciements très respectueux.

Le Docteur Desjacques, chef de Clinique chirurgicale, nous a très obligeamment communiqué l'observation qui sert de point de départ à notre travail. Malgré ce document, nous n'aurions pas abordé cette question si nous n'avions pas su que nous pouvions compter sur sa science, qui est généreuse, et sur l'amabilité qu'il a mise à nous donner ses conseils. Qu'il veuille bien ici croire à notre reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

Considérations anatomo-pathologiques

La possibilité de telles ouvertures des collections thyroïdiennes dans la partie inférieure du pharynx s'explique par les rapports anatomiques des lobes latéraux du corps thyroïde. Or, l'étude des deux observations très complètes de Rebattu et Gaillard et de Bérard, Desjacques et F. Bérard montre que l'ouverture a eu lieu, dans les deux cas, dans une des gouttières pharyngo-laryngées. Dans l'observation de Veckman il n'y a aucun détail précis quant au siège de la perforation : dans l'« arrière-gorge »; mais il est très probable qu'il en était ainsi.

En effet, si nous considérons une coupe de la région cervicale, au niveau par exemple de la cinquième vertèbre cervicale, nous allons comprendre de suite les rapports anatomiques du pharynx avec le corps thyroïde. Nous voyons d'abord, à peu près sur la ligne médiane, la section du cartilage thyroïde, qui passe exactement par le vestibule du larynx. Immé-

diatement en arrière de ce vestibule on aperçoit le fond de la gouttière pharyngo-laryngée, dont il est séparé par les faisceaux transversaux du muscle aryénoïdien. Cette gouttière pharyngo-laryngée, revêtue à sa partie postérieure par le muscle constricteur inférieur du pharynx et l'aponévrose pharyngienne, n'est pas en contact immédiat avec la colonne cervicale et l'aponévrose prévertébrale. Il existe ainsi, entre les aponévroses prévertébrale et pharyngienne, un espace de tissu cellulaire lâche, communiquant latéralement avec les deux régions carotidiennes.

C'est dans cet espace que viennent s'insinuer les pôles supérieurs des lobes latéraux du corps thyroïde. Ces lobes latéraux, compris entre le paquet vasculo-nerveux carotidien en dehors et en arrière, le conduit pharyngo-laryngien en dedans et en avant, contourment le bord postérieur du cartilage thyroïde et entrent en rapport immédiat précisément avec la gouttière pharyngo-laryngée. Ne se trouvent interposés que le bord inférieur du muscle constricteur inférieur du pharynx et l'aponévrose pharyngienne.

L'on voit donc, par cet aperçu anatomique rapide, que des collections thyroïdiennes latérales peuvent venir s'ouvrir dans le pharynx à sa partie toute inférieure. Ces collections peuvent même distendre l'espace cellulaire prévertébral, remontant jusqu'à la base du crâne. C'est ce qui a été signalé chez le malade de Rebattu et Gaillard dans le rapport d'autopsie.

Au point de vue de la nature de la lésion primitivement en cause, faut-il invoquer une lésion du cartilage? Autrement dit, quel peut être le rôle de la péri-

chondrite dans l'évolution d'une collection vers la perforation pharyngienne?

Dans le cas de Rebattu et Gaillard, ces auteurs pensèrent d'abord qu'il s'agissait d'une périchondrite primitive ou secondaire à une infection générale. Dans le cas de notre maître il s'agissait nettement d'une hématocèle suppurée. Chez ces deux malades il y avait des altérations certaines du cartilage thyroïde. Doit-on parler, à ce propos, de périchondrite?

Il nous semble évident qu'il y a des raisons anatomiques suffisantes pour qu'on puisse admettre l'issue directe du pus d'une collection thyroïdienne à la partie postérieure de la gouttière pharyngo-laryngée. Le cartilage thyroïde, au contact de la collection suppurée, pourra présenter des zones de dénudation et même de nécrose; mais la perforation a lieu au travers de l'aponévrose pharyngienne, en arrière. Il n'y a pas d'étape secondaire dans cette perforation, il y a seulement une altération de voisinage du cartilage.

De plus, sans revenir sur les travaux de Canuyt et de Lavieille, cités par M. Rebattu dans son observation, nous pouvons dire que les périchondrites primitives sont peu fréquentes, consécutives presque toujours à une infection générale et d'une pathogénie encore bien obscure. Tandis que les strumites et thyroïdites aiguës et suppurées sont beaucoup plus fréquentes, et même des travaux déjà anciens ne laissaient plus d'obscurités sur la question. Nous pensons donc qu'en présence d'une collection cervicale, même peu volumineuse et perforée dans le pharynx,

nous devons porter d'emblée le diagnostic de suppuration thyroïdienne plutôt que de périchondrite.

Au point de vue clinique, le siège de la perforation au niveau de la gouttière pharyngo-laryngée, dans laquelle séjournent physiologiquement pendant un temps très court les liquides déglutis, explique l'absence de symptômes respiratoires d'une part et, d'autre part, la latence même des symptômes : le malade crache seulement par intermittence de petites quantités de pus.

Quant à l'évolution, nous voyons que le pronostic est fatalement aggravé du fait de la communication de la collection avec le milieu pharyngo-buccal. Ceci est amplement vérifié dans deux des observations que nous rapportons.

CHAPITRE II

Etude clinique

D'après ce que nous avons vu et d'après ce que nous savons de l'évolution des collections suppurées thyroïdiennes, nous pouvons conclure que les malades atteints de perforation pharyngienne sont des malades à un stade déjà avancé de la suppuration.

Dans les trois cas dont nous rapportons les observations à la fin de ce travail, il s'agissait de malades ayant depuis plusieurs jours et même, dans le cas du Professeur Bérard, depuis plusieurs semaines, des signes de suppuration certaine. Dans ce dernier cas, la perforation s'était produite insidieusement et elle pouvait être soupçonnée; l'examen laryngologique n'est venu que confirmer ce diagnostic d'exception, qui avait cependant été fait, grâce à la persistance pendant toute cette période d'une expectoration purulente. Le cas de Veckman est encore plus typique, le pus ne s'étant fait jour dans le pharynx qu'au cours de l'intervention au moment de la pression sur les masses latérales du corps thyroïde.

Dans une des observations rapportées par Lebert à Breslau en 1862, il semble s'être passé un phénomène analogue. Au cours de l'incision, le malade se mit à cracher un liquide purulent. Mais ce fait, seulement mentionné dans l'observation, n'a pas attiré spécialement l'attention du chirurgien et il n'apporte aucune précision sur la lésion ni sur l'évolution de cette complication.

On se trouvera donc en présence de malades atteints depuis plusieurs jours de gonflement thyroïdien avec des signes d'infection plus ou moins nets. Il s'agira, soit d'un malade atteint primitivement d'une infection générale, même assez courante comme la grippe, soit d'un porteur de goître compliqué par exemple d'hématocèle.

La présence d'une suppuration au niveau de cette collection se révélera par les oscillations plus ou moins étendues de la température, par des signes généraux assez intenses, par la douleur et la fluctuation au niveau de la masse thyroïdienne en cause; enfin, par de la rougeur et de la chaleur de la peau.

Parfois, comme dans les cas de Veckman et de Rebattu, il y a aussi de la dyspnée, de la dysphagie et un léger degré de trismus.

La localisation est peu nette au début; le fait que la peau n'a pas tendance à s'ulcérer et surtout la longueur de cette phase avec signes généraux marqués et signes de dysphagie qui se précisent traduisent le cheminement postérieur de la collection dans l'espace cellulaire au contact de l'aponévrose pharyn-

gienne. Dans notre observation, cette phase n'était d'ailleurs pas très typique.

La perforation pharyngienne se révèle brusquement par l'expulsion d'un liquide purulent par la bouche, ou parfois seulement d'un liquide grisâtre d'odeur très fétide. Souvent cette perforation sera précédée de quelques crachements sanglants ou muco-sanguinolents qui détournent l'attention. Mais, ce qui est typique du siège de la perforation, c'est le fait que *cette complication n'a aucune allure dramatique*. Elle ne s'accompagne pas de quintes de toux violentes, ni de phénomènes asphyxiques avec cyanose et angoisse intenses. Il ne s'agit pas, en effet, d'une véritable vomique comme lors d'une perforation d'une suppuration thyroïdienne dans la trachée, mais de la simple évacuation d'un abcès comme dans le phlegmon de l'amygdale ou l'abcès rétropharyngien. Contrairement aussi à la plupart des perforations œsophagiennes, la perforation pharyngée ne s'accompagne pas de réflexe nauséux. Il ne s'agit pas de vomissement de pus.

Ainsi donc nous insistons sur la latence même de cette brusque perforation, comme sur un très bon signe du siège anatomique.

Comme cette collection qui est venue saillir ainsi dans le pharynx s'accompagne souvent de dysphagie et même de trismus intense, comme dans le phlegmon amygdalien, il pourra arriver que le diagnostic avec cette affection soit assez difficile. L'examen local, dès que le trismus aura cédé, montrera qu'il s'agissait bien d'une collection de l'amygdale. Au contraire,

dans la perforation pharyngienne, ce trismus ne cède pas.

En effet, la perforation d'une collection thyroïdienne ne paraît pas s'accompagner d'une sédation bien nette des symptômes, la collection notamment ne semble pas diminuer de volume et les signes généraux ne cèdent pas. C'est sans doute que l'orifice de perforation est toujours insuffisant pour le drainage; c'est peut-être aussi qu'il met cette cavité de suppuration thyroïdienne en communication non pas avec l'extérieur, mais avec le milieu pharyngo-buccal normalement septique.

Et cette considération nous amène à parler du pronostic.

Il est difficile d'établir une règle générale sur l'évolution de ces perforations, à l'aide seulement des trois observations que nous rapportons. Cependant, nous avons tout de même de sérieuses indications par l'étude de ces trois cas.

D'abord le cas rapporté par Veckman : le malade aurait guéri après drainage de la poche et irrigation au Dakin. Il semble que l'orifice fistuleux n'ait pas donné lieu à un traitement spécial et ait guéri spontanément sans complications de cicatrisation. Mais nous faisons remarquer de suite que la perforation a eu lieu au cours de l'intervention même de drainage et par conséquent qu'elle a fait communiquer le milieu septique pharyngien avec une cavité déjà drainée. C'est, à notre avis, la raison du succès thérapeutique.

Les deux autres cas de Rebattu et du Professeur Bérard ont été suivis de mort : la perforation datait

de plusieurs jours. Il nous paraît donc que cette complication est redoutable pour deux raisons valables.

Tout d'abord, elle ne survient qu'à une phase déjà avancée de la suppuration, alors que l'état général du malade est beaucoup modifié par l'intoxication et ce malade succombe, malgré le drainage, à l'infection générale due au foyer purulent. Ce sont des malades qui auraient été traités beaucoup plus tôt si on les avait vus antérieurement.

Enfin, il est évident que cette fistulisation de la cavité thyroïdienne met cette loge de suppuration en communication avec le milieu pharyngien septique et par conséquent l'expose à des complications gangréneuses très graves. Il faut aussi tenir compte de la possibilité de complications infectieuses respiratoires comme dans toutes les suppurations pharyngo-buccales. Dans les deux cas mortels, le malade avait d'ailleurs succombé à l'intoxication gangréneuse avant qu'un foyer pulmonaire ait eu le temps d'apparaître.

Au point de vue thérapeutique, nous pouvons conclure, de l'observation de ces trois malades et des considérations précédentes, qu'il fallait déceler cette complication le plus tôt possible et intervenir immédiatement. Le pronostic est tout différent suivant la date de la perforation.

Il y a donc intérêt à pratiquer l'examen pharyngien au miroir laryngoscopique de tous les malades chez lesquels on peut soupçonner une telle perforation. Nous avons vu que, dans le cas de notre maître, le diagnostic, quoique diagnostic d'exception, a pu être fait avec certitude par l'examen clinique grâce au si-

gne fondamental : évacuation de pus, sans quintes de toux ni vomissements quand on presse sur la tuméfaction thyroïdienne. Ce diagnostic fut confirmé par l'examen au laryngoscope montrant l'orifice fistuleux, et vérifié opératoirement.

L'examen portera surtout sur la cloison postérieure de la gouttière pharyngo-laryngée : c'est là le siège habituel de la perforation.

S'il est possible, c'est-à-dire si l'on voit les malades à temps, il sera encore mieux d'intervenir préventivement, de façon à prévenir cette complication.

Cela revient à insister sur le fait qu'il faut toujours drainer les strumites et moins souvent les thyroïdites dès que les signes de suppuration et de localisation sont évidents. L'on a vu que, si la perforation survient malgré tout, à ce moment-là elle ne présentera plus le même caractère de gravité.

CHAPITRE III

Observations cliniques

OBSERVATION I

(MM. BÉRARD, DESJACQUES et F. BÉRARD)

Strumite suppurée des deux lobes thyroïdiens avec ouverture spontanée de la poche droite dans le pharynx.

Une femme âgée de 60 ans entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Professeur Bérard, le 29 mai 1930, avec le diagnostic de goitre.

Rien à signaler dans ses *antécédents* héréditaires et collatéraux.

Personnellement, elle n'a jamais été malade. Mariée, elle a eu deux enfants qui sont en bonne santé.

Vers l'âge de 45 ans, la malade se rend compte de la présence d'une tumeur siégeant dans la région cervicale inférieure droite et qui, à cette époque, était de la grosseur d'une noix. Depuis lors, cette masse augmente de volume progressivement et lentement, mais de façon continue.

Au mois de décembre 1929, une nuit, la malade est prise brusquement d'un *accès de suffocation*. Etouffant, elle aurait introduit son index au niveau du pharynx et aussitôt *se serait*

mise à « cracher du sang », dit-elle. Le soulagement fut immédiat. (Il s'est agi, vraisemblablement, de la formation d'une hématocele thyroïdienne.)

Depuis ce moment, la tumeur thyroïdienne se met à augmenter rapidement de volume, en même temps que la malade constate l'apparition d'une autre masse à gauche, qui suit d'ailleurs l'évolution progressive de la première.

En mai 1930, trois semaines avant sa rentrée dans le service, la malade est reprise d'une crise de suffocation, mais cette fois sans rejet de sang par la bouche. La malade se met à cracher un liquide abondant et fétide. Son médecin consulté lui conseille une intervention.

A l'entrée à l'hôpital, le 29 mai 1930, on se trouve en présence d'une femme de 60 ans, d'état général bien conservé.

Elle présente, au niveau du cou, deux masses droite et gauche, chacune grosse comme le poing. La masse droite est la plus volumineuse et s'étend sur toute la hauteur du cou. Dure, de consistance élastique, elle est un peu sensible à la pression. La peau est mobile à sa surface ; les plans sous-cutanés ne sont pas infiltrés d'œdème ; elle s'élève dans les mouvements de déglutition. Sa consistance est uniforme, sans noyau plus dur. Les vaisseaux du cou sont refoulés en arrière, bien perceptibles, indépendants de la masse thyroïdienne. On ne perçoit pas de ganglion.

La masse gauche est un peu moins volumineuse, mobile avec les mouvements de la déglutition, refoulant la carotide en arrière et en dehors il n'y a pas de ganglion perceptible. Sa consistance molle fait penser à une poche d'hématocele thyroïdienne.

UN SYMPTÔME TRÈS IMPORTANT est mis en évidence : quand on exerce une pression sur la masse droite, la malade immédiatement expulse par la bouche un liquide grisâtre et nauséabond, d'odeur gangréneuse. La pression de la masse gauche ne détermine pas de phénomène. Ce symptôme d'expectoration par pression de la masse droite peut être reproduit aussi souvent qu'on le veut, et ne s'accompagne d'aucune quinte de toux, ni d'effort de vomissement.

La température oscille entre 37° 3 et 37° 8. Le pouls est normal. Tension 15 sur 8.

La voix est un peu rauque, par légère compression trachéale. L'haleine est extrêmement fétide, et ce signe frappe dès que l'on s'approche de la malade.

L'examen radiologique montre que la tumeur n'est pas plongeante dans le thorax. La trachée un peu aplatie dans le sens transversal est nettement déviée à gauche. Pas d'ombres anormales dans les champs pulmonaires ni au niveau des hiles.

L'examen des poumons est négatif, de même l'examen du cœur. Ni sucre ni albumine dans les urines.

L'examen des produits expulsés montre la présence de nombreux streptocoques et de nombreux bacilles prenant le Gram, bacilles probablement anaérobies.

Métabolisme basal : augmenté de 47 %.

L'ÉTUDE DES SIGNES PHYSIQUES ET FONCTIONNELS PERMET DE PENSER A UNE STRUMITE FISTULISÉE DANS LE CONDUIT DIGESTIF : du fait de l'expulsion de pus nauséabond provoquée par pression de la masse thyroïdienne droite, expulsion se faisant sans quinte de toux (ce qui élimine l'idée d'une ouverture dans les voies aériennes ou d'une métastase pulmonaire d'un néoplasme thyroïdien dont il n'existe par ailleurs aucun symptôme).

Un examen laryngoscopique (Dr Sargnon) confirme le diagnostic et le précise : le larynx est légèrement dévié à gauche, sans signe de paralysie récurrentielle ; mais surtout *on voit l'orifice fistuleux dans la gouttière pharyngo-laryngé droite, à sa partie basse. La pression exercée au niveau du cou, à droite, détermine l'issue du pus dans le pharynx en ce point.*

Munis de tous ces renseignements, l'intervention est décidée.

INTERVENTION LE 3 JUIN 1930 (*M. le Professeur Bérard*) : Anesthésie régionale bonne. Incision transversale :

1° *Du côté gauche* : énucléation assez facile d'un goître constitué par trois noyaux ;

2° On passe ensuite au *côté droit*. Dans l'énucléation de la

masse thyroïdienne, qui est assez facile, on ne trouve que des vaisseaux artériels de petit calibre. A un moment donné, on se rend compte que les manœuvres de libération entraînent l'écoulement de pus dans le pharynx. On ponctionne alors le gros noyau kystique : il s'écoule par le trocart environ 200 grammes de *liquide hématique extrêmement fétide*. (Il s'agit donc d'une vieille hématocele suppurée, ouverte secondairement dans la gouttière pharyngo-laryngée). Après avoir évacué cette coque, on la décortique facilement et *on arrive au point fistuleux* qui se trouve exactement au-dessus du cartilage thyroïde, à la partie externe de la membrane thyro-hyoïdienne. L'hémostase est facilement réalisée. La région de la fistule est enfouie sous quelques points de catgut.

Drainage des deux cavités résiduelles : 11 drain à gauche, 2 gros drains à droite. Quelques points de rapprochement cutanéomusculaires.

Sérum antigangreneux sous-cutané : 40 cm³.

Examen de la pièce. — La masse gauche est remplie de pus hématique très fétide, comme la poche droite.

L'examen bactériologique du pus a montré : nombreux streptocoques ; nombreux bacilles à Gram positif probablement anaérobies.

L'examen histologique de fragments prélevés dans les parois des poches a montré : tissu nécrotique homogène dans lequel on ne trouve plus trace de vésicules thyroïdiennes, ni aucun élément si ce n'est quelques débris de chromatine. Dans les parties toutes périphériques de la coque, on rencontre cependant quelques vésicules ayant gardé un aspect presque normal. En somme, processus de strumite ayant complètement détruit le parenchyme thyroïdien.

LES SUITES OPÉRATOIRES semblaient devoir être très simples, bien que la malade ait attendu six mois depuis le début des accidents, avant de se soumettre au traitement chirurgical. Cependant, la température ascensionne le deuxième jour à 39°, le troisième à 39° 6, avec un peu d'agitation et de délire. La plaie est désunie des deux côtés, pansée à plat à l'eau oxy-

généée, puis au sérum antigangreneux. Du sérum antigangreneux est injecté sous la peau : 20 cm³ par jour. L'état général s'améliore tout d'abord, la température s'abaisse aux environs de 39°, le délire cesse. Mais dans la nuit du 8 au 9 juin, soit 5 jours après l'opération, la malade prend un malaise et meurt.

La famille ayant fait opposition à l'autopsie, il n'a été possible de prélever que la région cervicale. On y voit la coque thyroïdienne restante en voie de sphacèle ; on a pu cathétériser l'orifice de la fistule aboutissant dans la gouttière pharyngo-laryngée droite.

OBSERVATION II

(VECKMAN, *Archives Internat d'O. R. L.*, 1927)

Il s'agit d'un homme de 28 ans qui commença sa maladie par une angine dysphagique. Trois semaines plus tard, il consulta Veckman qui trouva une forte rougeur congestive des piliers et du pharynx sans trace de pus, mais avec un léger gonflement du lobe thyroïdien gauche, douloureux à la pression. Température : 37° 5. Traitement par gargarisme salicylé et enveloppement humide du cou.

En une semaine, la tuméfaction thyroïdienne augmenta progressivement. Elle passa à la suppuration avec une température progressive atteignant 39° 8.

Une incision de la peau de la région thyroïdienne gauche sous anesthésie locale donne issue à 200 gr. de pus fétide. En même temps, sous l'action de la pression pour faire évacuer le pus, celui-ci trouva issue du côté de l'arrière-gorge.

En une semaine de lavage de la cavité opératoire au Dakin, avec drainage au drain de caoutchouc, le malade guérit de sa thyroïdite suppurée en même temps que de son angine causale et initiale.

OBSERVATION III

(REBATTU ET GAILLARD, *Lyon Médical*)

Un homme de 29 ans est examiné le 10 février 1923.

L'affection a débuté brusquement le 6 février, par une sensation de constriction douloureuse dans la région du cou, avec toux, température élevée, frissons violents.

Jusque-là, très bonne santé habituelle. Rien à signaler. A l'examen laryngoscopique, difficile, on constate un gros œdème sus-glottique gauche. A l'entrée, T. : 39°2, T. : 40°6. Le malade est angoissé, couvert de sueurs. Tête penchée, immobile. Respiration courte mais calme, sans tirage. La dysphagie est très marquée, même pour la salive. La voix est sourde, très douloureuse. Après une heure de repos, le malade est plus calme et on peut l'examiner. Rien au plancher de la bouche. Dans toute la région sous-hyôïdienne, induration profonde, diffuse, sans saillie marquée, plus prononcée toutefois latéralement, où la palpation est très douloureuse, surtout à gauche. La peau est normale, sans rougeur ni œdème. Pas de fluctuation profonde, léger trismus.

L'examen laryngoscopique est impossible. Devant l'imprécision d'une localisation, on diffère l'intervention. Le lendemain, vers 4 heures du matin, expulsion en forme de vomique d'une assez grande quantité de pus jaune brun, horriblement fétide. A 9 heures, on voit le malade, soulagé. T. : 38° 4.

Au miroir : œdème phlegmoneux de toute la partie postérieure du larynx et des replis pharyngo-épiglottiques. Du pus, dont on ne voit pas la source, noie toute la région.

On pense à une collection suppurée thyroïdienne et on décide d'intervenir.

Intervention. — Sous anesthésie locale à la novocaïne. Incision oblique au niveau de la région thyroïdienne gauche. On récline au dehors le sterno-cléido-mastoïdien, en dedans les muscles sous-hyôïdiens. Aucun œdème de la région. La capsule thyroïdienne apparaît. Les ciseaux l'effondrent facile-

ment, livrant passage à un flot de pus fétide, d'aspect sphacélique. Le doigt introduit, reconnaît une vaste poche dont la paroi interne est formée par le larynx dont les cartilages sont dénudés. On agrandit le débridement vers le bas et on met deux gros drains. Pansement humide.

Mort avec signes de grande infection : délire et température très élevée la nuit suivante.

Autopsie. — Ablation en masse de tous les viscères cervicaux. Il existe un vaste abcès du corps thyroïde gauche où mène l'incision de drainage. Le parenchyme tout autour est en voie de sphacèle. Tout le larynx est à nu en dedans et il y a de la périchondrite diffuse de toute la face gauche du cartilage thyroïde dont le bord postérieur est en voie de nécrose.

Le larynx et la trachée ouverts antérieurement ne montrent ni ulcération d'aucune sorte, ni trajet fistuleux. OEdème des bandes ventriculaires, des aryténoïdes. Infiltration phlegmoneuse de l'épiglotte, des replis aryténo-épiglottiques.

Le pharynx ouvert par une incision verticale postérieure montre une large fistule ovulaire siégeant dans la partie inférieure de la gouttière pharyngo-laryngée gauche. Le stylet conduit dans la cavité abcédée. Au niveau de cette fistule, la muqueuse pharyngée est décollée en arrière et on suit le trajet phlegmoneux sphacélé qui contourne le pharynx dans l'épaisseur même de la paroi postérieure, en avant de l'aponévrose du pharynx qui est intacte. Cet abcès se poursuit sur la partie droite du pharynx et remonte jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure du bord postérieur du cartilage thyroïde droit.

A ce niveau, on trouve une collection purulente du volume d'une cerise, avec périchondrite du cartilage thyroïde. L'infiltration purulente de la paroi pharyngée se poursuit jusqu'à la base du crâne.

Le lobe droit du corps thyroïde est volumineux, d'aspect phlegmoneux, mais ne contient pas de pus collecté.

Les deux nerfs récurrents sont englobés dans une zone infiltrée. Deux ou trois ganglions en contact du récurrent gauche. Gaines carotidiennes saines. Rien autre à signaler.

CHAPITRE IV

Traitement

L'ouverture dans le pharynx d'une poche de strumite suppurée est une complication très grave : les observations précédentes en font foi; il s'agit de malades infectés, vus à une phase tardive de leur maladie : leur goître aurait dû être enlevé depuis longtemps, la suppuration du goître aurait dû être traitée convenablement depuis plusieurs jours; ou bien l'infection est particulièrement virulente.

Ce n'est pas le lieu de reprendre ici l'étude du traitement des strumites : la thèse de Citron en donne une remarquable mise au point. Remarquons seulement que dans l'observation du Professeur Bérard on a très bien vu, lors de l'énucléation de la poche suppurée, l'orifice de fistulisation et il fut possible d'en pratiquer l'oblitération. C'est là certainement la conduite qui s'impose; la malade, très infectée, a succombé cependant, mais nul doute que, dans un cas moins grave, on aurait obtenu plein succès par cette technique.

Conclusions

I. — La fistulisation spontanée dans le pharynx représente une complication tout à fait exceptionnelle des collections purulentes développées au niveau des goîtres. C'est qu'il s'agit là souvent d'une complication déjà tardive, et que nombre de strumites sont traitées plus précocement; d'autre part, quelques cas où l'on a fait le diagnostic d'ouverture dans les voies respiratoires ou l'œsophage étaient peut-être des strumites ouvertes dans le pharynx.

II. — Nous n'avons trouvé dans la littérature que trois observations. Dans le cas de M. le Professeur Bérard, le diagnostic a pu être établi avec précision avant l'intervention (par un examen clinique minutieux et l'examen endoscopique) et vérifié pendant l'acte opératoire.

III. — Cette complication est toujours très grave et on l'évitera par une action chirurgicale précoce contre les goîtres et contre les accidents de suppuration observés à leur niveau.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BÉRARD.

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 12 Mai 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOSEPH GHEUSI.

Index Bibliographique

BAILLIE. — *A serie of engravings with explanations.*
T. II, London, 1810.

L'auteur rapporte un cas d'évacuation dans
l'arbre aérien.

BÉRARD ET DUNET. — *Les Goîtres.* Paris, 1923, p. 24.

Les auteurs citent l'ouverture possible dans
le larynx et la trachée dont les cartilages sont
exfoliés. (Historique des observations publiées.)

BÉRARD, DESJACQUES ET F. BÉRARD. — Observation
rapportée in extenso. *Société Chirurgicale de
Lyon* du 12 juin 1930.

BILLARD. — *In Thèse Fontanier.* Paris, 1909, p. 35.

L'abcès peut se vider dans la trachée. Dé-
nudation et ulcération du larynx, très rare-
ment le pus s'évacue dans l'œsophage.

BROCA. — *Dictionnaire des Sciences médicales*, 1887,
p. 17.

Etude clinique des thyroïdites. Bibliogra-
phie complète des travaux sur la question
avant 1885.

BURHANS. — *Acute thyroïditis. Surg. Gynec. and
Obst.*, 1928, II, 478.

L'auteur étudie l'évolution des collections thyroïdiennes et cite des cas d'évacuation dans le larynx et la trachée.

CANUYT. — *Revue de Laryngologie*, 1918.

L'auteur, à propos d'une observation d'exfoliation en apparence primitive des cartilages du larynx, étudie la question des périchondrites.

CHARVOT. — Les Goîtres sporadiques infectieux. *Revue de Chirurgie*, 1890.

CITRON. — *Thèse de Lyon*, 1923, p. 21.

CLUTE (Howard C.). — Acute thyroïditis. *Surg. Gynec. and Obst.*, 1927, 1, 23.

L'auteur admet la possibilité d'ouverture dans la trachée, l'œsophage et le médiastin.

DEAVER (J.-B.) AND BURDEN (V.). — Suppurative thyroïditis. *Clin. of North Am.*, 1929, IX, 1017.

A propos d'un cas, l'auteur passe en revue le traitement des collections thyroïdiennes de diverses origines.

DESJACQUES (R.) ET BÉRARD (F.). — Ouverture spontanée d'une poche de strumite suppurée dans le pharynx. *Presse Médicale*, 27 déc. 1930.

DETREUX. — Les Thyroïdites aiguës. *Thèse Paris*, 1879.

DUPLAY ET RECLUS. — *Les Thyroïdites aiguës*. T. V, p. 452.

Etudient l'irruption dans les voies aériennes : grave, non toujours mortelle; l'ouverture dans l'œsophage plus rare. Ils renvoient pour cette dernière étude à Schöninger et Eulenburg.

EISELSBERG ET BILLROTH. — Die Krankheiten des Schilddrüse. *Deutsche Chir.*, Stuttgart, 1901.

Description clinique des diverses formes de suppuration thyroïdienne.

Les auteurs mentionnent des cas de perforation dans les voies aériennes supérieures de l'œsophage.

GARNIER. — Hématocèles suppurées du corps thyroïde. *Thèse Paris*, 1909.

L'auteur déclare ne connaître aucun exemple d'ouverture spontanée « à l'intérieur ».

GRIMAULT ET BRIUS. — *Surg. Gynec. and Obst.*, 1922, p. 174.

Evacuation possible du pus dans le larynx.

GRÖTZNER. — Ouverture d'une thyroïdite dans le larynx. *Medis. Zeitung von Vereine f. Heilkunde*, 1847.

JEANSELME. — Thyroïdite et Strumites infectieuses. *Gaz. des Hôpitaux*, 2 février 1895.

« Le pus ulcère la trachée, dénude les cartilages du larynx qui peuvent s'exfolier, ou bien le pus se fraye un passage plus compliqué : il perfore la membrane crico-thyroïdienne ou s'évacue même dans la plèvre. L'auteur rapporte dix observations de perforation de la trachée. »

KOCHER. — Zur Pathol. und Therap. des Kropfes. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, B. X, 1879.

Premier ouvrage sur le traitement chirurgical des Goîtres. L'auteur ne cite pas l'évacuation des collections suppurées dans le larynx ou le pharynx.

LAVIEILLE. — *Réunion Soc. Française de Laryngologie*, 1920.

L'auteur apporte son opinion sur les péri-chondrites dites primitives.

LEBERT. — *Berl. Med. Encycl. Wörterbuch*, 1849.

— *Die Krankheiten der Schilddrüse*. Breslau, 1862.

Dans ces monographies l'auteur donne la liste des cas publiés de suppuration thyroïdienne. Une observation paraît être une perforation pharyngienne. Il est difficile de se procurer ces ouvrages, mais on trouve un résumé de ces observations dans le travail de Kocher (voir *supra*).

LENORMAND. — *Précis de Pathologie chirurgicale*, 1929, t. III, p. 216.

LEO. — Les Strumites suppurées. *Archiv. italiano di Chir.*, 1929, VIII, p. 316.

LUSSANA. — *Archiv. italiano di Chir.*, 1923, p. 522.

L'auteur rapporte un cas de nécrose du cartilage cricoïde et du premier anneau de la trachée par une strumite aiguë.

MONTEGGIA. — *Fasciculi Patholog. Milano*.

MORA (J.-M.). — Acute thyroïditis. *Americ. Journ. Med. Sc.*, 1929, p. 99.

A propos du traitement chirurgical des Thyroïdites aiguës.

REBATTU ET GAILLARD. — Thyroïdite aiguë suppurée et péri-chondrite. *Lyon Médical*, 1923, p. 729.

— *Soc. Nation. de Médecine et des Sciences médicales de Lyon*, 14 février 1923.

RIBERI. — *Raccolto delle opere minori*. Torino, 1850.

L'auteur rapporte les trois premières observations publiées de malades guéris après évacuation de pus dans la trachée.

ROBERTSON. — Thyroïdites aiguës. *The Lancet*, 1911, I, p. 930.

La perforation de ces thyroïdites peut se faire dans la trachée, l'œsophage ou le larynx.

SCHÖNINGER. — *Wurt. Medic. Correspond.*, 1842.

SIMON. — Thyroïdites aiguës. *Thèse* Paris, 1881.

VECKMAN. — Deux cas de Thyroïdites suppurées. *Soc. Bruxelloise d'O. R. L.*, 27 mars 1925.

— *Arch. Internationales d'O. R. L.*, 1927, p. 102.

Observation rapportée in extenso.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Considérations anatomo- pathologiques	13
CHAPITRE II. — Etude clinique.....	17
CHAPITRE III. — Observations cliniques.....	23
CHAPITRE IV. — Traitement.....	31
CONCLUSIONS	33
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	35
